



Antrag auf

An die
KZV Nordrhein
40181 Düsseldorf

- Genehmigung zur Beschäftigung
- Verlängerung der Genehmigung
- eines Vorbereitungsassistenten
- eines Assistenten mit Berufserlaubnis nach § 13 ZHG
- eines Entlastungsassistenten
- eines Vertreters (bitte ggf. Erklärung des Vertreters beifügen)

Besucheradresse:
Lindemannstr. 34-42
40237 Düsseldorf
Bei Rückfragen:
Herr Borucinski
Telefon 0211/9684-439
Telefax 0211/9684-441

Stundenzahl Assistent/ Vertreter: _____
(wöchentliche Stundenzahl angeben)

Angaben zum Antragsteller

Name des Antragstellers:	Praxisanschrift:	Abrechnungsnummer:
--------------------------	------------------	--------------------

Angaben zum Assistenten/ Vertreter

BEABSICHTIGTE BESCHÄFTIGUNGSDAUER	von:	bis:
Titel, Vor- und Zuname:		
Straße:		Datum der deutschen Approbation: (eine <u>aktuell amtlich beglaubigte</u> Fotokopie wird beifügt*)
PLZ/ Ort (Privatwohnsitz):	ggf. Berufserlaubnis gem. §13 ZHG Nachweis der Staatsangehörigkeit einschl. Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis (Kopien sind beifügt)	gültig von: bis:
Geburtsdatum:	Examen am:	
Staatsangehörigkeit:	in (Ort, Land):	

Sämtliche bisher ausgeübte zahnärztliche Tätigkeiten seitdem der Assistent hierzu berechtigt ist (In- und Ausland), ggf. gesonderte Aufstellung

von:	bis:	Art der Beschäftigung (Vorb., Entl.-Assistent/ Vertreter/ selbständig)	Arbeitgeber	Ort, ggf. Land

Begründung für die Einstellung (nur bei Vertretern, und Entlastungsassistenten, ggf. in Anlage beifügen):

Gemäß § 13 Datenschutzgesetz NRW weisen wir darauf hin, dass Ihre personenbezogenen Daten gespeichert und weiterverarbeitet werden.

Der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin ist verpflichtet, die erforderlichen Angaben wahrheitsgemäß zu erteilen. Wahrheitswidrige bzw. unvollständige Auskünfte können rechtliche Nachteile auslösen und zu finanziellen Einbußen führen.

* Sollte uns bereits eine amtlich beglaubigte Fotokopie der dt. Approbation aus einer vorherigen Genehmigung vorliegen oder die Eintragung ins Zahnarztregister der KZV Nordrhein erfolgt sein, entfällt dies.

Uns ist bekannt, dass eine Beschäftigung ohne Genehmigung nicht zulässig ist.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragszahnarztes und
Abrechnungstempel

Unterschrift des Assistenten